

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

CHARLEIA DE ABREU DA SILVA DANTAS

O ACOLHIMENTO HUMANIZADO EM SAÚDE MENTAL

BRASÍLIA – DF

2015

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

CHARLEIA DE ABREU DA SILVA DANTAS

O ACOLHIMENTO HUMANIZADO EM SAÚDE MENTAL

Monografia apresentada ao II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Orientado por: Dr. Ileno Izídio da Costa

BRASÍLIA – DF

2015

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

CHARLEIA DE ABREU DA SILVA DANTAS

O ACOLHIMENTO HUMANIZADO EM SAÚDE MENTAL

Esta Monografia foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental,
Álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir.

Data: ____/____/____

Nota: _____

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa
Coordenador Geral do II CESMAD

Prof.
Avaliador 1

Prof.
Avaliador 2

BRASÍLIA – DF
2015

Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua Biblioteca Digital, e por meios eletrônicos, em particular pela Internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.



Dedico este trabalho a Deus por ser essencial em minha vida, autor do meu destino, meu guia, socorro presente nas horas de angústia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha amiga Rosa Batista que teve paciência e que me ajudou bastante a concluir este trabalho.

E o que dizer de vocês Flávio, Jeremias e Gabrielly? Obrigada pela paciência, pelo incentivo, pela força e principalmente pelo carinho. Valeu a pena toda distância, todo sofrimento, todas as renúncias. Valeu a pena esperar. Hoje estamos colhendo juntos os frutos do nosso empenho. Essa vitória é muito mais de vocês do que minha.

Ao prof. Dr. Ileno Izídio da Costa por todo conhecimento compartilhado, pelas orientações para conclusão deste trabalho.

Enquanto a distância entre o são e o doente não se encontrar em seu reconhecimento recíproco, enquanto as barreiras de prevenções, de preconceitos que os separa não cair, a doença mental continuará a apresentar-se como face de excluído. (Franco Basaglia)

RESUMO

Este trabalho buscou através das suas questões norteadoras saber: Como o acolhimento humanizado tem sido prestado ao paciente com doença mental? Qual o papel do profissional de enfermagem no acolhimento humanizado em saúde mental? Que importância tem para o paciente o acolhimento humanizado? Teve como objetivos discorrer sobre o acolhimento humanizado em saúde mental utilizando como metodologia a pesquisa bibliográfica a cerca do tema acolhimento humanizado em saúde mental. Partindo desta perspectiva, o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, visando atender os usuários de uma forma receptiva e atenciosa, assumindo uma postura capaz de escutar, acolher e ajustar respostas mais adequadas aos usuários.

Palavras-chave: Acolhimento. Humanização. Saúde Mental.

ABSTRACT

This study sought through their guiding questions are: How humanized care has been provided to patients with mental illness? What is the role of the nursing professional in humanized care in mental health? How important is for the patient humanized host? Was to discuss goals on humanized care in mental health using as methodology the literature about the subject humanized care in mental health. From this perspective, the host is a way to operate the health work processes to meet the users of a receptive and helpful way, assuming a posture able to listen, accept and adjust more appropriate responses to users.

Keywords: Home. Humanization. Mental health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Metodologia.....	11
2 DOENÇA MENTAL	12
2.1 Reforma Psiquiátrica.....	14
3 PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO.....	19
3.1 O papel da enfermagem na humanização em pacientes com doença mental..	21
4 ACOLHIMENTO HUMANIZADO.....	30
4.1 O coletivo.....	31
4.2 Dispositivos e diretrizes.....	33
5 CONCLUSÃO.....	36
REFERÊNCIAS.....	37

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental e a Política Nacional de Humanização constituem-se novos modelos de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS), em especial quando se aponta para o acolhimento. A saúde mental tem vários significados (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Ao entender a saúde mental como um campo complexo de conhecimentos e ações busca-se antagonizar como a forma em que a psiquiatria foi constituída enquanto ciência, balizada pelo modelo positivista, buscava conhecer/reconhecer os sintomas apresentados, medicalizá-los, propor o isolamento da família e comunidade como forma de tratamento (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Por humanização compreende-se a valorização das diferentes pessoas envolvidas no processo de produção de saúde. Os destaques que orientam esta política são a autonomia e a valorização da importância dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva na realização de gestão que é inseparável a atenção e a gestão (BRASIL, 2004).

O acolhimento é uma ação técnico-assistencial que presume a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo este como sujeito e participante ativo no seu tratamento (MS, 2004).

Partindo desta perspectiva, o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, visando atender os usuários de uma forma receptiva e atenciosa, assumindo uma postura capaz de escutar, acolher e ajustar respostas mais adequadas aos usuários.

Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilidade, orientando, se necessário, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

No dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (1998) a palavra acolhimento tem o significado de ato ou efeito de acolher, recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho. E acolher significa dar acolhida ou agasalho, hospedar, receber, atender, dar crédito a, dar ouvidos a, admitir, aceitar, tomar em consideração; atender a. No dicionário Houaiss (2009) acolhimento significa ato ou efeito de acolher, acolhida;

maneira de receber ou de ser recebido; recepção, consideração; abrigo gratuito, hospitalidade; local seguro; refúgio, abrigo.

E acolher significa oferecer ou obter refúgio; proteção ou conforto físico; dar ou receber hospitalidade; hospedar.

Gomes (2005) sugeriu que os sentidos conferidos às palavras não se relacionam diretamente às questões de saúde, mas podemos reconhecer alguns de seus significados como atenção, consideração, abrigo, receber, atender, dar crédito a, dar ouvido a, admitir, aceitar, tomar em consideração, proteção, ter ou receber alguém junto a si, qualidades de atenção integral a saúde.

O acolhimento na saúde mental deve construir uma nova ética, da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social com escuta clínica solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania (MERHY, 2002).

O Ministério da Saúde resolveu dar prioridade ao atendimento com qualidade e a compartilhar o cuidado entre os gestores, trabalhadores e usuários. Esta é a proposta do Humaniza SUS (BRASIL, 2004).

Portanto, faz-se necessário conhecer como vem ocorrendo a articulação entre o acolhimento e a saúde mental nas produções científicas sobre a temática.

1.1 Metodologia

De acordo com Gil (2002), entende-se por metodologia o “caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”. Neste sentido, de acordo com Rodrigues (2005), “a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias”.

A metodologia a ser empregada no presente trabalho consiste na pesquisa científica bibliográfica com vistas a investigar as questões conceituais e práticas do acolhimento em saúde mental. (GIL, 2002).

O tipo de pesquisa desenvolvida será a exploratória. Segundo Gil (2002), a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito.

2 DOENÇA MENTAL

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afecção ou doença”. O que é dito ser um direito de todos e dever do estado, algo que não é efetivado totalmente na prática. Em relação a mental é algo que diz respeito ao espírito, ou seja, forma de pensamento conturbado ou sadio (SILVA, 2007).

O termo “doença mental” ou “transtorno mental” engloba uma série de condições que afetam a mente. Doença mental provoca sintomas como desconforto emocional, distúrbio de conduta e enfraquecimento mental da pessoa (MURTA, 2007, p.293).

Um doente não se resume à doença, antes é um ser humano digno de atenção e respeito (COSTA et al., 2007).

Já o conceito atual de *loucura*, de acordo com Pessotti (2004), remete a um estado individual de perda da razão ou do controle emocional, independentemente dos significados sociais ou políticos atribuídos ao louco, pois tais significados variam ao longo das épocas, de acordo com cada cultura.

Na Antiguidade Clássica, a loucura fazia parte do cenário e linguagem comuns. Não tinha um significado médico ou especificamente psicológico. Nas obras de Homero, por exemplo, a loucura era considerada *obra dos deuses*, que interferiam sobre o pensamento e ação dos homens levando-os a se comportar de maneira bizarra. Já na Idade Média a loucura era identificada com a possessão diabólica. Nessas épocas, porém, o louco estava inserido na sociedade, gozando de certa liberdade (MOTTA, 2006).

A partir do século XVI, empreendeu-se, na Europa, medidas públicas de repressão à mendicância e à ociosidade, o que incluía muitos dos loucos que viviam vagando pelas ruas. Tais repressões eram constituídas por surras de chicote, colares de ferro asfixiando o pescoço, marcação no corpo com ferro em brasa e até morte, entre outras. As primeiras instituições criadas, as *Casas de Correção* e *Hospitais Gerais* destinavam-se a “limpar” as cidades. Elas mantinham presos os loucos, os ladrões, os leprosos, e não tinham qualquer função curativa. Nestes locais, os loucos estavam à mercê de todo tipo de *tortura* (RESENDE, 1987, p.25).

Segundo Reinaldo (2004) sob a justificativa de ser um perigo para a sociedade, não só o louco, mas também o bêbado, o vadio e o mendigo, que se configuravam como

pessoas que pertenciam aos segmentos pobres e miseráveis da população urbana, foram banidos.

Segundo Resende (1987), um primeiro movimento de reforma em psiquiatria ocorreu no século XVIII, com Pinel, médico psiquiatra que propôs a separação dos loucos para que recebessem cuidado psiquiátrico sistemático. Em 1790, na França, surgiu uma Lei que previa a criação de grandes hospitais destinados à internação exclusiva de insensatos. Neste momento, a ordem médica passa a penetrar nas instituições de internamento na Europa, tomando para si o tema da loucura e dando a ela um caráter patológico.

Pinel defendia o fim das purgações e sangrias e desenvolveu o chamado *tratamento moral*. Este tratamento consistia na busca pelo resgate do sentimento de autorrespeito e dignidade do paciente. No século XIX este movimento perdeu força porque houve um aumento considerável nas populações dos hospitais psiquiátricos. Este aumento populacional nos hospitais psiquiátricos ocorria de modo sistemático neste período. Como se vê, as expressões *reforma* e *psiquiatria* andam juntas desde o próprio nascimento da psiquiatria. Foram os *reformadores* da revolução francesa que delegaram a Pinel a tarefa de humanizar e dar um sentido terapêutico aos hospitais gerais, onde os loucos encontravam-se recolhidos junto com outros marginalizados da sociedade urbana e industrial nascente. O destino da psiquiatria, no entanto, não estaria marcado pela sintonia com os direitos humanos (MOTTA, 2006).

Motta (2006), relatou que, no Brasil, o surgimento das instituições psiquiátricas ocorreu em circunstâncias muito similares àsquelas da Europa, alguns séculos antes. Ou seja, os loucos eram enclausurados juntamente com vagabundos e ladrões para ordenar e “limpar” as cidades nascentes (Rio de Janeiro e São Paulo). O primeiro hospício do Brasil foi inaugurado em 1852, pelo Imperador Dom Pedro II e recebeu o seu nome. Este hospício representava claramente o intuito das instituições psiquiátricas brasileiras: reprimir, ao invés de curar ou tratar. Nesse momento, o saber médico ainda estava fora dos hospícios.

Segundo este mesmo autor, no princípio do governo republicano, a questão da loucura adquire maior atenção por parte do Estado, os hospícios se constituem lugares de produção de conhecimento e formação de especialistas, e sua administração é feita por médicos. São criadas as primeiras colônias de alienados no país, destinadas a receber os casos agudos, recuperá-los através do trabalho agrícola e devolvê-los à comunidade como um cidadão “útil”. Mas, a reinserção desse pacientes na sociedade

não é bem sucedida, o doente mental não era eficiente o bastante para o trabalho e não se recuperava com as internações.

Neste contexto, sobressai a história do asilo de alienados construído no final do século XIX, em São Paulo, o Juquery, um novo modelo de asilo defendido por Franco de Rocha, destinado a “curar” seus pacientes através do trabalho agrícola e do tratamento moral, tendo o trabalho como forma de “moralizar” os internos (CUNHA, 2006).

Nas décadas de 1920 e 1930 a psiquiatria estava ligada a práticas preventivistas e às ideias de eugenia, tendo como público-alvo o operariado das grandes cidades. As teorias da eugenia estavam imbuídas de um forte conteúdo racista, biológico, darwinista, que justificava a necessidade de controle social por parte dos especialistas uma vez que existiam raças inferiores, degeneradas, que tinham tendências hereditárias para desenvolver doenças e prejudicar a ordem social (CUNHA, 2006, p.46).

Em 1950, a OMS (Organização Mundial de Saúde) fez uma recomendação aos países, principalmente aos países em desenvolvimento, que investissem em ações de saúde mental, uma vez que o alto custo do tratamento das doenças mentais prejudicava o processo produtivo, na medida em que mobilizava grande soma de recursos. O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) é criado na década de 1960, e o Estado passa a comprar os serviços psiquiátricos dos setores privados e a expandir os serviços de internação. O auge deste modelo privatizante, foi a década de 1970, onde o número de internados nos hospitais psiquiátricos aumentou vertiginosamente (MOTTA, 2006). Neste contexto de valorização da saúde privada e abandono da saúde pública, em fins da década de 1970 se deu o início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

2.1 Reforma Psiquiátrica

Historicamente, a política de saúde mental se apresentou com ações direcionadas para o atendimento no âmbito hospitalar, práticas de confinamento e exclusão social, além da hegemonia dos saberes e práticas centradas na figura do médico. Neste sentido, a assistência ao doente mental apresentava-se centrada nos hospitais psiquiátricos, cujos modelos de atenção restringiam-se à internação e medicação dos sintomas demonstrados pelo doente mental, excluindo-o dos vínculos, das interações e de tudo o que se configura como elemento e produto de seu conhecimento. Dessa forma, até poucas décadas atrás, uma única expressão descreve a assistência praticada pela psiquiatria

brasileira: exclusão. As crescentes denúncias da prática asilar, a violência e o abandono a que eram submetidos os doentes mentais, fizeram surgir propostas de intervenção nos manicômios, visando à democratização e à humanização do atendimento. Assim, tem início o processo da “Reforma Psiquiátrica” (SILVA, 2006).

Nas décadas de 1970, 1980 e 1990 foram realizados diversos congressos de Psiquiatria e Saúde Mental no país, determinantes nos caminhos percorridos pelos profissionais de saúde mental na construção da Reforma Psiquiátrica. Em 1971, o INPS elaborou a Declaração de Princípios da Saúde Mental, que definia a saúde mental como “direito e parte integrante do ciclo saúde/doença, passível de ser atingida, também pela educação e preconiza o preventivismo, os serviços extra-hospitalares, a pesquisa e a cobertura universal para as diversas faixas etárias” (SILVA, 2006, p. 178).

Em 1973, é aprovado o Manual de Serviço para Assistência Psiquiátrica da Previdência, considerado como uma primeira iniciativa de racionalização da assistência em saúde mental, no qual é proposto o tratamento ambulatorial, a orientação familiar, o hospitaldia, as técnicas ressocializantes, entre outras propostas. A Reforma Psiquiátrica no Brasil teve seu marco inicial com o surgimento do MTSM (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental), em 1978, cujo objetivo era constituir um espaço de luta contra o modelo institucional, como um *lócus* para se debater e encaminhar propostas de transformação da assistência psiquiátrica. Este movimento criticou duramente as péssimas condições de vida dos doentes mentais internados nos hospitais públicos e as difíceis condições de trabalho dos profissionais em saúde mental (MOTTA, 2006).

Dois grandes eventos, o I Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental e o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, considerados o ápice do crescimento do movimento, são realizados em 1979. A crise da Previdência Social e da Assistência em saúde mental vem marcar o início dos anos 1980. Tais crises são decorrentes da política privatizante que constituiu em uma “indústria de internações”. Em 1983 é implantado um Programa de Reorientação Psiquiátrica que visava reformular a assistência psiquiátrica no Brasil, o Conselho Nacional de Saúde Pública, que ficou mais conhecido como “CONASP Saúde Mental”. A partir daí, as instituições privadas passam a receber incentivo financeiro, buscando acabar com a “indústria privada de internamento” e investindo no setor público, na capacitação de recursos humanos, no trabalho multidisciplinar, na rede extra-hospitalar (SILVA, 2006).

A I Conferência Nacional em Saúde Mental, realizada no ano de 1987, juntamente com II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, marcam o início da luta pela “desinstitucionalização” e o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, respectivamente. A I Conferência Nacional em Saúde Mental teve como recomendações o combate à psiquiatrização social através de práticas alternativas, a participação da comunidade na elaboração e implementação de políticas públicas e o reconhecimento pelo Estado da participação da população no processo decisório. Também foi importante o incentivo para investimentos na área extra-hospitalar (CHAMMA e FORSELLA, 1999).

Motta (2006) define a desinstitucionalização como um progressivo processo de retirada dos doentes mentais dos manicômios, com vistas à sua reinserção social e à construção de modalidades de assistência extra-hospitalares. Estas propostas estão aliadas às ideias de tratamento, e não mero enclausuramento do louco. Vieram acompanhadas do fortalecimento de um modelo clínico e psicossocial que preconizava a reinserção do louco na sociedade, como um cidadão que tem direito a ter qualidade de vida, apesar da sua doença.

Guedes Júnior e Guimarães (2007) relataram que a a desinstitucionalização procura preservar a subjetividade do cliente, sua história de vida, suas relações interpessoais, estabelecendo formas de tratamento em serviços abertos, criativos e maleáveis que atendam individualmente às suas necessidades e que o sustente no seu meio social, assim o PSF passa a ser responsável pela assistência assegurando melhoria na qualidade de vida do portador de transtorno mental.

A valorização do doente/usuário do serviço de saúde como sujeito de direitos, capaz de exercer sua autonomia, é abordada a partir da década de 90 aos dias atuais, revelando uma ideia de humanização distinta da lógica da caridade, anteriormente mencionada, compreendendo-a como a possibilidade de dar condições para que o usuário seja participante. Partilhar das decisões é um caminho para implementar o princípio ético da autonomia dos indivíduos e da coletividade (SILVA, 2006).

No Brasil, as políticas de saúde mental sempre foram de grande interesse, mas alguns setores da sociedade ainda têm praticado formas de exclusão sistemáticas. Foram realizadas diversas reformas psiquiátricas, sendo que a atual iniciou-se a partir de denúncias na mídia sobre o tratamento inadequado dado aos doentes internados em hospitais psiquiátricos, salientando-se as más condições de vida nas instituições, a superlotação e o número insuficiente de profissionais (MOTTA, 2006).

A Reforma Psiquiátrica instituída pela Lei Federal nº 10.216/2001, trouxe a proposta de transformar o modelo assistencial de Saúde Mental vigente a partir da construção de um novo estatuto social para pessoas portadoras de transtornos mentais, respeitando os princípios fundamentais de cidadania (MURTA, 2007).

Murta (2007, p. 289) relatou que tal iniciativa:

Não pretendeu acabar com o tratamento clínico das doenças mentais, mas eliminar a prática de intervenção como forma de exclusão social dos indivíduos com distúrbios mentais. O velho modelo manicomial deu lugar à criação de uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial e de base comunitária. Nessa nova e mais humanitária linha de cuidado, os usuários dos serviços passaram a ter à sua disposição equipes multidisciplinares para acompanhamento terapêutico. Ganharam o status de agentes do próprio tratamento e conquistaram o direito de se organizar em associações que podem firmar convênio com serviços comunitários diversos e, assim, promover a inserção social e integração cultural e econômica de seus membros.

Esta Lei refere que a pessoa em sofrimento mental deverá ser assistida por uma rede de atenção em saúde mental, em vários níveis de complexidade, abrangendo desde os serviços especializados até a inclusão de ações em programas de saúde geral. Desse modo, os serviços de atenção primária, como o Programa de Saúde da Família (PSF), constituem bases importantes dessa rede, tornando-se a porta de entrada para o sistema de saúde. Hoje, constitui um elo mais próximo à Unidade de Saúde, à família e comunidade (NASCIMENTO e BRAGA, 2004).

A política nacional de saúde mental, instituída pela Lei Federal nº 10.216/2001, tem como fundamento a desospitalização, com ampliação da rede ambulatorial e fortalecimento das iniciativas municipais e estaduais que viabilizam a criação de equipamentos intensivos com ensejo nas ações de reabilitações psicossocial dos pacientes, através das implementações dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS).

Segundo Silva (2007), o CAPS é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais, psicoses e neuroses graves que a severidade justifique sua permanência no quadro de cuidado intensivo comunitário, personalizado e promotor da vida. Seu objetivo é oferecer atendimento a população de sua área de abrangência com acompanhamento clínico e reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Isto significa que caso a pessoa não possa ser beneficiada pelo trabalho oferecido pelo CAPS, ela deverá ser encaminhada para outro serviço de saúde mais

adequado para a sua necessidade e se caso a pessoa está isolada sem condições de ter acesso ao serviço deverá ser atendida por um profissional da equipe do CAPS em casa.

Segundo Salles e Barros (2006), os pressupostos da Reabilitação Psicossocial são: a construção de uma nova forma de vida autônoma, inserida na sociedade; o processo de restituição do poder contratual do usuário, que se desenvolve nos cenários casa (habitação), mercado e trabalho, considerados espaços de troca; e a referência a micro e macro variáveis do contexto social que determinam resultados para a Reabilitação Psicossocial.

O fundamento de cotidiano relaciona-se com os pressupostos de Reabilitação Psicossocial, quando este afirma que o portador de transtorno mental pode construir uma vida na sociedade, articulada com as diferentes esferas sociais, sem perder sua particularidade. Neste cenário o conceito de cidadania, é uma palavra-chave fundamental, na medida em que percorre os níveis anteriores e que, devido a natureza do estatuto de alienação mental, ao louco é subtraída a possibilidade de inscrição no mundo da cidadania, no espaço da cidade no mundo dos direitos (SILVA, 2007).

A assistência em Saúde Mental é um direito de todo cidadão independente de sua situação social, familiar e racial, e essa assistência não poderá em hipótese alguma justificar a violação de quaisquer direitos de cidadania. Todo usuário tem direito a liberdade, dignidade de ser tratado e ouvido como ser humano com direito civis, políticos e sociais garantidos pela Constituição do país (SILVA, 2007).

Há que se ressaltar que todos os seres humanos são vulneráveis e precisam de proteção. Na verdade, as culturas e as estruturas sociais e políticas foram desenvolvidas justamente para combater a vulnerabilidade e a exploração. As diferenças entre tradições culturais ou sociais parecem refletir prioridades em termos de riscos percebidos e da proteção preferida contra a vulnerabilidade. Ciência e ética não precisam e não devem ser consideradas antagônicas, pelo contrário, necessitam e iluminam-se reciprocamente, daí o advento da Bioética (PESSINI et al., 2006).

3 PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO

A humanização é um processo complexo, demorado e amplo ao qual se oferece resistência, pois envolve mudanças de comportamento que podem se permeadas pelos sentimentos de ansiedade e medo. Entretanto, se não for um processo singular, não será de humanização. Cada trabalhador, cada equipe, cada instituição deverá ter seu processo singular de humanização. (BECK et al. 2007).

Segundo Silva (2006), a temática humanização envolve questões amplas que vão desde a operacionalização de um projeto político de saúde calcado em valores como a cidadania, o compromisso social e a saúde como qualidade de vida, passando pela revisão das práticas de gestão tradicionais até os microespaços de atuação profissional nos quais saberes, poderes e relações interpessoais se fazem presentes. Assim, é necessário compreender a humanização como temática complexa que permeia o fazer de distintos sujeitos.

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética, ou em outros termos, o sofrimento, a dor e prazer expressos pelos sujeitos em palavras que necessitam ser reconhecidas pelo outro.

Para Bedin et al. (2004), humanizar, caracteriza-se em colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvida, entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e saber ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios. O relacionamento e o contato direto fazem crescer, e é neste momento de troca, que humanizo, porque assim posso me reconhecer e me identificar como gente, como ser humano.

Beck et al (2007), destacou a importância do trabalhador como elemento fundamental para a humanização do atendimento, devendo ser avaliada esta resposta e se necessário implementadas ações de investimento em termos de número suficiente de pessoal, salários e condições de trabalho adequadas, bem como a realização de atividades educativas que permitam o desenvolvimento das competências para o cuidado.

Simões et al. (2007) salientaram que o Sistema Único de Saúde (SUS) carrega em suas entranhas os princípios e diretrizes daquilo que poderia ser a grande política de humanização da assistência à saúde no país, garantindo acesso universal, gratuito e integral, retirando o caráter de mendicância e transformando a saúde em direito.

Segundo estes autores, os princípios doutrinários e organizativos do SUS são, eles próprios, parte de um discurso que iguala saúde a condições de vida. É um processo

de lutas - princípio doutrinário e organizativo - por imposições de sentidos. A Humanização entra nessa esteira discursiva, reforçando os conceitos de universalização, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, descentralização, comando único e participação popular. Os princípios doutrinários - universalização, equidade e integralidade -, bem como os princípios organizativos - regionalização e hierarquização, descentralização, comando único e participação popular - fazem parte do que é possível ver e falar; são parte de um conjunto de regras em que o conceito de saúde é tomado pelos conceitos de sistema e unicidade.

Contudo, estes autores salientaram que as filas enormes, inúmeras e cotidianas nas portas dos serviços de saúde, as inúmeras falhas na organização do atendimento, como as longas esperas e adiamentos de consultas e exames, a deficiência de instalações e equipamentos, a despersonalização, a falta de privacidade, a aglomeração, a falta de preparo psicológico e de informação, bem como a falta de ética por parte de alguns profissionais, mostram a distância da proposta humanizadora do SUS e a realidade de saúde no país.

Em 2001 foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que propôs mudanças nos padrões de assistência aos usuários no ambiente hospitalar (BRASIL, 2001).

Segundo Feijó (2006), o PNHAH surgiu da preocupação com a humanização no contexto hospitalar, a fim de minimizar as ansiedades e angústias produzidas nos pacientes, para que se possa alcançar o objetivo principal de recuperar a saúde total do mesmo. Em 2003, com a nova gestão do Ministério da Saúde, foi iniciada uma proposta que expandisse a humanização para além do ambiente hospitalar: a Política Nacional de Humanização do SUS – Humaniza SUS.

De acordo com Bernardes e Guareschi (2007), o conceito de humanização é entendido, pela Política Nacional, como o "aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho", e fundamenta-se "na troca e construção de saberes, no diálogo entre profissionais, no trabalho em equipe, na consideração às necessidades, nos desejos e interesses dos diferentes atores do campo da saúde".

A proposta do Humaniza SUS sustenta-se nas proposições do SUS de que saúde é um direito de todos e um dever do Estado, em que se lida com a defesa da vida por meio do direito à saúde. Trata-se de uma política, e não de um programa, pois o intuito não é apenas "tecnologizar" os sistemas de saúde, mas modificar o modo de

compreensão dos princípios que norteiam a concepção de saúde estabelecida constitucionalmente como uma questão plural (BERNARDES e GUARESCHI, 2007).

No caso dos serviços que prestam atenção básica, o Humaniza SUS propõe-se à elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos para os usuários e sua rede social, formas de acolhimento e inclusão de clientela, práticas que incentivem a diminuição do consumo de medicação, fortalecimento das relações entre as equipes de saúde, os usuários, além do estabelecimento de ambiente acolhedor (SIMÕES et al. 2007).

3.1 O papel da enfermagem na humanização em pacientes com doença mental

Segundo Guedes Júnior e Guimarães (2007), a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) impõe mudanças no modelo assistencial de saúde mental, redimensionando a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Com o passar dos anos o PSF passa a ser responsável pela assistência assegurando melhoria na qualidade de vida do portador de transtorno mental.

Estes autores relataram que, um recurso que se coloca como possibilidade estratégica de ampliação da Rede Básica de Atenção Psicossocial é a articulação da saúde mental com o Programa de Saúde da Família, dando capacidade resolutive também ao PSF. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e/ou Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), devem funcionar como estruturas de referência para as equipes de Saúde da Família e para o atendimento da rede básica, na qual a equipe de saúde mental destes centros de referência devem oferecer suporte para atender, supervisionar e acompanhar as equipes do Programa de Saúde da Família.

As equipes do PSF, segundo estes mesmos autores, devem assumir o acompanhamento daqueles portadores de sofrimento mental em que o grau de complexidade do problema apresentado pelo paciente e dos recursos necessários para seu cuidado sejam menores, por exemplo: neuróticos que não apresentem sintomas graves, psicóticos estabilizados, e outros (MOTTA, 2006).

A assistência do enfermeiro em saúde mental pode ser elaborada a partir da implementação do processo de enfermagem. Neste contexto, o cuidado de enfermagem envolve manejos e técnicas que levam em conta a intenção de proporcionar sentimentos de segurança ao paciente com a finalidade de que este desenvolva um relacionamento satisfatório com o enfermeiro, tornando-o uma pessoa significativa para o paciente e

que tenha a finalidade de ajudá-lo na alteração dos aspectos patológicos de sua personalidade (GUEDES JÚNIOR e GUIMARÃES, 2007).

A enfermagem é uma profissão que se desenvolveu através dos séculos, mantendo uma estreita relação com a história da civilização. Neste contexto, tem um papel preponderante por ser uma profissão que busca promover o bem estar do ser humano, considerando sua liberdade, unicidade e dignidade, atuando na promoção da saúde, prevenção de enfermidades, no transcurso de doenças e agravos, nas incapacidades e no processo de morrer (BEDIN et al., 2004).

O Código de Ética dos profissionais de enfermagem, por meio da Resolução nº. 311, de 2007, *caput*, estabelece que:

O profissional da enfermagem respeita a vida a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo seu ciclo vital, a discriminação de qualquer natureza, assegura ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência, cumpre e faz cumprir os preceitos éticos e legais da profissão, exercendo a enfermagem com justiça, competência, responsabilidade e honestidade (COFEN, 2007).

Com o avanço científico, tecnológico e a modernização de procedimentos, vinculados à necessidade de se estabelecer controle, o enfermeiro passou a assumir cada vez mais encargos administrativos, afastando-se gradualmente do cuidado ao paciente, surgindo com isso a necessidade de resgatar os valores humanísticos da assistência de enfermagem. Os enfermeiros, bem como suas equipes, devem prestar atendimento aos clientes de todas as diversidades multiculturais (várias culturas) de uma forma integral, não fazendo julgamentos pessoais. O cuidado não pode ser reduzido ou, simplesmente negado pelo fato do enfermeiro acreditar que o cliente não está sendo cooperativo, está sendo mal-educado ou que não vale a pena prestar o atendimento, assim infligindo seus preceitos éticos e deixando de fazer uma assistência de enfermagem humanizada (BEDIN et al, 2004).

De acordo com Beck et al. (2007) ao buscar humanizar os serviços é preciso considerar que muitos aspectos ligados às falhas no atendimento, como longas esperas, filas, ausência de regulamentos, falhas na estrutura física, entre outras, são tidas como precursoras de sofisticções "desumanizantes", exigindo, portanto, atenção dos gestores.

Simões et al. (2007) ressaltaram, também, que a busca pela humanização da assistência implica em algumas medidas tais como a diminuição das filas, informações

adequadas, local apropriado para os pacientes e para os familiares, as quais estão contempladas nas falas dos sujeitos investigados.

Para prestar uma assistência de enfermagem humanizada é necessário ter conhecimentos de leis, resoluções, decretos que reagem ao exercício profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (FONTINELE JÚNIOR, 2002), bem como o cuidado de si.

Beck et al. (2007) ressaltaram que as atividades que exigem maior investimento de energia são aquelas relacionadas ao cuidado. Sendo assim, é fundamental que se estabeleça um vínculo afetivo entre trabalhador e usuário a fim de promover o cuidado do outro, devendo-se atentar também para as condições em que o cuidado é realizado. Por meio da escuta ativa e empatia, o trabalhador mostra ao outro que o compreende e através da aceitação o valoriza de forma compreensiva e não apenas suas ideias; através da confiança possibilita a tomada de consciência das próprias emoções e do manejo adequado; e com a conduta de ausência de julgamentos evita o julgamento negativo o qual desencadeia atitudes inadequadas e, frequentemente, a não adesão ao tratamento.

Bedin et al. (2004) salientaram que o cuidado humanístico não é rejeição aos aspectos técnicos, tão pouco aos aspectos científicos, o que se pretende ao revelar o cuidado é enfatizar a característica do processo interativo e de fruição de energia criativa, emocional e intuitiva, que compõe o lado artístico além do aspecto moral.

Chamma e Forsella (1999) relataram que a história da enfermagem psiquiátrica mostra que, apesar das rápidas transformações socioeconômicas e culturais ocorridas através dos tempos, a prática da assistência vem, ainda que timidamente, acompanhando os movimentos que estão acontecendo na área. Sendo assim, começamos a perceber uma assistência que assegure ao paciente sua privacidade e respeite seus valores culturais, econômicos e religiosos.

Murta (2007, p.292), em texto que trata da Reforma Psiquiátrica relatou que esta:

Nasceu com o objetivo de superar o estigma, a institucionalização e a cronificação dos doentes mentais. Para isso, é necessária a humanização do atendimento ao psicótico, a territorialização dos dispositivos de atenção e a construção de alternativas diversificadas de atenção. As práticas assistenciais devem potencializar a subjetividade, a autoestima, a autonomia e a cidadania, e devem superar a relação de tutela e a institucionalização.

O papel do enfermeiro, hoje, é entendido como o de um agente terapêutico e a base dessa terapia é o relacionamento com o paciente e a compreensão do seu comportamento. O objetivo da Enfermagem Psiquiátrica não é, pois, o diagnóstico clínico ou a intervenção medicamentosa, mas o compromisso com a qualidade de vida cotidiana do indivíduo em sofrimento psíquico (MURTA, 2007).

O enfermeiro então, deve ser preparado para atuar em novos modelos de atenção, assumindo novas tarefas e adequando-se às mudanças advindas da Política de Saúde Mental vigente no País, conforme determina a Lei 10.216/2001:

O cuidado oferecido deve respeitar e acolher a diferença do psicótico, o qual deve ser percebido como um sujeito humano, e não como um sintoma a ser debelado. Além disso, o exercício da ousadia, da criatividade e da alegria deve estar sempre associado à atividade terapêutica.

Para Kantorski et al. (2006), o ato de cuidar é um processo que compreende uma série de conceitos, práticas e visões de mundo em que estão envolvidas as nossas atitudes, o modo de como olhamos e tratamos alguém, nossa disposição pessoal para interagir com o outro, o respeito para com ele. Cuidar é uma atividade complexa, que se identifica, da mesma forma, com nossa natureza complexa.

Segundo Feijó (2006), o ato de cuidar refere-se a uma postura que contempla a aceitação, autenticidade, consideração, proteção, responsabilidade, preocupação, valorização, respeito, expressão de pensamentos e sentimentos, entre outras formas de realizar o cuidado.

O cuidar compreende “comportamentos e ações que envolvem conhecimentos, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer”. Logo, o cuidado sofre a influência da educação histórica da enfermagem pelo fato de representar o pilar que fornece o sustento ao exercício profissional do cuidado humano através do currículo da formação acadêmica (MOTTA, 2006).

As diferentes formas de se entender o cuidado interfere na vida prática da profissão de enfermagem. O cuidado é nossa maior responsabilidade para/com o outro, principalmente nos momentos de sofrimento. Entretanto, é no estado de sofrimento em que se evidenciam as diferentes dificuldades/possibilidades de se promover o cuidado, entre elas os instrumentos necessários tanto para o preparo pessoal como para o preparo

profissional do enfermeiro. É tarefa do enfermeiro trabalhar nesse contexto de cuidado permeado por relações interpessoais e a busca da saúde mental do paciente (KANTORSKI et al. 2006).

Saúde mental não é apenas o contrário de doença mental. Em seu conceito mais profundo está implícito o respeito à dignidade humana. Isso significa uma vida sem preconceitos, sem discriminações e sem violência em qualquer nível (CHAMMA e FORSELLA, 1999).

O cuidado em saúde mental tem sua tônica no relacionamento afetivo-emocional com alguém que se encontra, na maioria das vezes, longe de uma comunicação efetiva com o outro, situado em uma realidade só sua difícil de ser manejada, entendida e interpretada. O relacionamento interpessoal estabelecido consiste em um pré-requisito, que é a dedicação de ambas as partes (profissional e paciente), sendo um desafio permanente para os envolvidos na experiência. (KANTORSKI et al. 2006).

Quanto a este quesito, Beck et al. (2007) salientaram que a comunicação e o relacionamento humano devem ser valorizados e empregados como um instrumento básico na assistência, podendo se constituir em elementos indicativos para a avaliação em saúde nas dimensões de processo e resultado.

Os profissionais que atuam na saúde mental devem procurar ter um envolvimento e um comprometimento com seu trabalho, buscando realização profissional pautada nos princípios e valores da ética e da bioética (COSTA et al., 2007).

Segundo Costa et al. (2007), a ética em clínica psiquiatria tem que ser dialogada com os diferentes modelos existentes na área. O doente mental, apesar das suas limitações, é sempre sujeito de potencialidades, consciência, liberdade e responsabilidade em desenvolvimento. E mesmo que limitado, mantém a sua vocação e destino transcendente como fonte de ética. De fato, o cuidado nasce de um interesse, de uma responsabilidade, de uma preocupação, de uma relação, de um afeto, o qual, em geral, implicitamente inclui o maternar e o educar, que, por sua vez, implica na ajuda a crescer.

A humanização do cuidado é obtida pelo estabelecimento de relações amigáveis com a clientela e, não, pelas transformações nos conteúdos das práticas. Uma relação enfermeiro paciente dá confiabilidade ao paciente. Ela possibilita que o enfermeiro planeje, implemente e avalie o cuidado junto com ele, não apenas para ele. Para estabelecer uma relação efetiva o enfermeiro tem de ganhar a confiança do paciente.

Um paciente que se sinta seguro e respeitado tem maior probabilidade de fornecer informações corretas para avaliação e aderir ao tratamento. Para promover confiança, o enfermeiro deve demonstrar sempre sensibilidade e uma consideração positiva pelo paciente (GUEDES JÚNIOR e GUIMARÃES, 2007).

Portanto, o cuidado respeitoso consiste em escutar a voz daqueles que sofrem, escutar essa voz que clama não é fácil; não se entende o que o outro diz, o que ele sente. O cuidado respeitoso acontece quando, mesmo sem entender, se coloca no lugar daquele que sofre. Para escutar o outro, antes se tem que escutar a si mesmo (MOTTA, 2006).

Segundo Lunardi et al. (2004) o cuidado de si constitui-se em condição de parar quando for necessário, de ter espaço para atingir um nível de reflexão sobre a sua própria vida, permitir pensar sobre a sua condição de consciência, para que não se perca a motivação pelo trabalho e que se possa preservar a si mesmo durante suas atividades profissionais. Para que a equipe de enfermagem possa reconhecer o cliente como um ser humano que precisa ser cuidado, antes disso necessita cuidar-se de si e reconhecer-se enquanto ser humano, que possui limitações, potencialidades e dificuldades.

O enfermeiro deve empregar o processo de enfermagem no cuidado preventivo primário capacitando e supervisionando as equipes de saúde da família no cuidado ao portador de transtorno mental dentro dos princípios da reforma psiquiátrica e do PSF, proporcionando um cuidado direto aos envolvidos no tratamento. Junto à família e ao paciente o enfermeiro realiza a orientação sobre cuidado pessoal e independência, tratando no conceito de integralidade auxiliar na resolução de problemas, de modo a facilitar as atividades cotidianas. A comunicação enfermeiro-paciente deve ser de maneira terapêutica, estabelecendo relações interpessoais efetivas, visando ajudar sempre os envolvidos a examinar comportamentos problemáticos e a testar alternativas para ter maior facilidade com o transtorno mental, ensinando medidas de saúde e repassando informações a respeito do transtorno específico e de tratamentos recomendados, e mantendo um ambiente seguro para que os envolvidos adquiram confiança no tratamento (GUEDES JÚNIOR e GUIMARÃES, 2007).

O processo de enfermagem no cuidado secundário focaliza a redução ou eliminação dos efeitos do transtorno mental que incluem a visita domiciliar, triagem, exame físico e mental completo dando ênfase também aos outros problemas de saúde dos pacientes. Conhecer a história pregressa do paciente explorando sentimentos, as causas e os métodos de suicídios para poder prevenir o ato suicida de forma adequada restabelecendo junto ao paciente um senso de valor próprio, dando confiança para

enfrentar o cotidiano, ajudando os envolvidos sobre como proceder nas intervenções de crises, ficando atenta a essas necessidades em situações conflitantes (MOTTA, 2006).

O cuidado preventivo terciário implica em reduzir ao máximo os efeitos residuais do transtorno a longo prazo, que incluem os programas de reabilitação, como os Centros de Convivência, treinamento vocacional junto à equipe multidisciplinar, ações de saúde mental junto à comunidade expondo o valor do paciente, integrando a saúde mental nas diversas atividades de grupos oferecidas pelo PSF (caminhadas, ginástica terapêutica, salas de espera, oficinas comunitárias, hortas comunitárias, cooperativas), procurando articulações com as diversas formas de organizações populares (associações de bairro, grupos de autoajuda), buscando construir novos espaços de reabilitação psicossocial (GUEDES JÚNIOR e GUIMARÃES, 2007)

Quando o grau de complexidade extrapola as possibilidades dos profissionais não especializados, o caso deve ser encaminhado para a unidade básica mais próxima que disponha de profissionais de Saúde Mental. O enfermeiro também deve ser capacitado a conduzir a comunidade e a família de forma que estas incluam o paciente de transtorno mental em diversas formas de organizações populares, construindo novos espaços de reabilitação psicossocial, fazendo com que ele se sinta valorizado pela comunidade (NASCIMENTO e BRAGA, 2004).

Reconhecer e promover a humanização, à luz de considerações éticas, demanda um esforço para rever, principalmente, atitudes e comportamentos dos profissionais envolvidos direta ou indiretamente no cuidado do cliente, o que também está enraizado no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, evidenciando e pressupondo a imposição de valores e não o seu questionamento (BACKES et al. 2006).

A humanização requer a implementação de um processo interdisciplinar reflexivo acerca dos princípios e valores que reagem a prática de diferentes profissionais de saúde em busca da sua dimensão ética (BACKES, LUNARDI e LUNARDI FILHO, 2005).

Uma prestação de serviços em saúde comprometida com a humanização transcende questões relacionadas apenas à expressão de sorrisos, alegria e “aceitação incondicional do cliente”. A razão e o sentido de uma intervenção humanizada trarão em seu cerne uma nova visão de instituição de cuidados. Sua definição será a de um espaço de convivência que acolhe, cuida e possibilita a utilização de diversos recursos, enfatizando um projeto de invenção social e não se focalizando na doença. O ser

humano não nasce quando adoece. Para o profissional de saúde, certamente conhecer o caminho percorrido pela doença tem seu valor (SILVA, 2007).

No entanto, o valor do trabalho de quem cuida está na possibilidade de estabelecer um encontro com quem o procura (SOUZA, SILVA e FERNANDES, 2006).

A implementação de um cuidado humanizado, no entanto, mais do que o cumprimento de uma prescrição moral, pautada na obediência ao que deve ser, associada ao risco da punição frente a transgressões, necessita fundamentar-se na ética (SOUZA, SILVA e FERNANDES, 2006).

Deve-se ressaltar que humanização implica também investir no trabalhador para que ele tenha condições de prestar atendimento humanizado (SIMÕES et al. 2007).

Para Murta (2007), o enfermeiro está cada vez mais atuante e consciente de seu novo papel e tem condição de explorar diversas modalidades terapêuticas no desempenho de sua atividade profissional. Ele está habilitado para pôr em prática alternativas de atenção ao doente para que este mantenha o exercício de sua autonomia e cidadania, ou mesmo para reabilitá-lo.

Quando se fala da autonomia na assistência de enfermagem em saúde mental, a ênfase está no pressuposto de que o doente mental seja um ser único, com as suas peculiaridades e potencialidades de crescimento por meio de um relacionamento de ajuda. Assim, o respeito à autonomia é um princípio que procura estabelecer entre as pessoas que estas sejam tratadas como seres autônomos, e para aqueles que têm sua autonomia reduzida, como no caso dos doentes mentais, estes sejam tratados e protegidos de forma especial, sejam cuidados respeitosamente (COSTA et al. 2007).

De acordo com Silva (2006), a humanização dos serviços de saúde implica em transformação do próprio modo como se concebe o usuário do serviço - de objeto passivo ao sujeito, de necessitado de atos de caridade àquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço que garanta ações técnica, política e eticamente seguras, prestadas por trabalhadores responsáveis. Enfim, essa transformação refere-se a um posicionamento político que enfoca a saúde em uma dimensão ampliada, relacionada às condições de vida inseridas em um contexto sociopolítico e econômico. No processo de humanização do atendimento em saúde/enfermagem é fundamental a participação do trabalhador como sujeito que, sendo também humano, pode ser capaz de atitudes humanas e "desumanas" construídas nas relações com o outro no cotidiano. Nesse contexto, é fundamental não perder de vista a reflexão e o senso crítico que nos

auxiliem no questionamento de nossas ações, no sentido de desenvolver a solidariedade e o compromisso (SILVA, 2006).

Assim, um planejamento sobre a atividade a ser realizada deve ser muito bem estruturado, sempre considerando ambiente e recursos materiais e humanos a serem utilizados. Qualquer atividade proposta deve ser pertinente à realidade do local escolhido e devem agradar, sobretudo, aos pacientes, e não apenas ao enfermeiro, o qual deve adotar uma postura democrática e deixar o paciente escolher as atividades que deseje e necessite realizar. O enfermeiro deve sempre repensar sua prática e suas atitudes, avaliando constantemente o que está sendo feito e proposto. De nada adianta utilizar uma alternativa de atuação que não faça sentido ao usuário (MURTA, 2007, p. 293).

4 ACOLHIMENTO HUMANIZADO

O acolhimento aparece, na Cartilha publicada pelo Ministério da Saúde em 2006, como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política de Humanização do SUS. Ética no que se refere ao compromisso de reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida. Estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade. E política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2006).

No Glossário Humaniza SUS (Ministério da Saúde, 2008), o acolhimento é definido como processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização da equipe pelo usuário, desde sua chegada até a sua saída. Trata-se de ouvir a queixa, considerar as preocupações e angústias, fazer uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda, e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário.

O acolhimento como ato ou efeito de acolher implica, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Por isso, é uma tecnologia do encontro, que implica afetar e ser afetado. Desse ponto de vista micropolítico, a arte ou técnica de conversa - o acolhimento - é uma contribuição genuína para o problema contemporâneo da democracia, concebendo-a nas relações cotidianas (TEIXEIRA, 2007).

A ideia de democracia, trazida por Maturana e Verden-Zöller (2004), de que esta é uma obra de arte, uma invenção coletiva, e não um produto da razão humana contribui nesse sentido. Sendo a democracia uma maneira de viver gerada artificialmente, baseada na convivência em respeito mútuo, o acolhimento pode fazê-la avançar nos espaços micropolíticos dos serviços, tornando-a o atrator de sua prática. Não que se possa reduzir a democracia a uma técnica de conversa, mas tampouco se pode ignorar que determinadas técnicas de conversa são verdadeiros exercícios de democracia. A

experiência do acolhimento é heterogênea, como o próprio SUS e tem acúmulos positivos e negativos.

4.1 O coletivo

Teixeira (2001) observa que as soluções práticas que se tem encontrado para a questão do acolhimento na atenção primária tendem a concebê-la como uma atividade particularizada. Simplesmente são combinados alguns dispositivos organizacionais tradicionais dos serviços de saúde (recepção, triagem, acesso). Em muitos casos, tende a sofrer uma série de deslocamentos (acesso, porta de entrada, pronto-atendimento), que vão até o limite de esvaziar o acolhimento de significado próprio, sendo apenas um novo nome para uma “velha” atividade. Nossa pesquisa permite afirmar uma tensão entre práticas de acolhimento como triagem e práticas de acolhimento dentro das acepções da política.

No serviço estudado são frequentes questões em torno de quem acolhe, em que lugar e em qual horário. Nesses momentos, podemos pensar que se concebe o acolhimento como triagem, que se está restringindo o conceito ao problema da recepção da “demanda espontânea”, a uma condição particular de encontro que é aquele que se dá na recepção. No entanto, observamos também que o acolhimento na porta de entrada ganha sentido quando é entendido como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde (TEIXEIRA, 2001, p. 222).

Uma postura acolhedora não pressupõe hora, local ou profissional específico para ser efetivada. Ela tem a ver com abertura à diversidade cultural, racial e étnica, e com um vínculo com o sujeito e não com a doença. Também diz respeito à identificação de riscos e vulnerabilidades dos usuários, ao cardápio de ofertas do serviço e ao encaminhamento responsável e resolutivo. Enfim, essa postura é de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário que inclua sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos. Trata-se, fundamentalmente, de construção coletiva de propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais. Não é uma habilidade espontânea, mas configurada no coletivo, um histórico de congruências operacionais entre os operadores de saúde (BRASIL, 2006).

O conceito de coletivo não deve ser reduzido nem a um conjunto de indivíduos com sua heterogeneidade em conflito, nem ao pertencimento a uma cultura entendida

como um conjunto de regras ou formas de sociabilidade. É a superação da dicotomia indivíduo/sociedade, é um terceiro termo, é o que opera a micropolítica. O coletivo é assim pensando por Barros e Passos (2005), como um plano que está aquém ou além das formas, portanto, aquém e além das pessoas e aquém e além das regras instituídas. Este plano é o dos movimentos sociais, plano impessoal para o qual não podemos ter uma atitude prescritiva nem determinar antecipadamente as formas nas quais os princípios do SUS se atualizarão.

Coletivo não é um agrupamento de pessoas. É uma dinâmica, é coresponsabilidade. O efeito de coletivo se dá nesse compartilhamento de responsabilidade. O que fomenta o coletivo é a criação de vínculo, que possibilita a construção do comum. Isso faz sentido na medida em que a saúde coletiva é uma prática de comunidade. Diante disso, uma ação isolada dificilmente pode produzir saúde. Essa ação não pode ser pessoal, e sim, coletiva. Assim, é preciso despessoalizar. Não adianta mudar o indivíduo, porque enfrentar sozinho o problema leva a adoecer. Só é possível enfrentar no coletivo, construindo um projeto comum. Por isso, a tarefa da Humanização é a médio-longo prazo, uma aposta na mudança do público, da paisagem subjetiva da cidade (MOTTA, 2006).

No entanto, não estamos acostumados a apostar no coletivo, no comum. Somos constituídos predominantemente na lógica do privado, do indivíduo. A privatização não deve ser entendida como não estatal. Ela também é micropolítica. O médico que se distancia é uma privatização. Levar em conta só o funcionamento da enfermagem e não o do sistema é também privatização. É uma lógica do lugar isolado, uma lógica disciplinar que não é comum. E a criação do coletivo passa pelo enfrentamento de um problema que se tem em comum. Afinal, o sujeito que realiza uma tarefa pública é o coletivo (BRASIL, 2008), s.p.).

O coletivo é o plano de produção da vida. Da mesma forma que o cotidiano é o plano de reprodução e de experimentação/invenção de modos de vida. No acolhimento estão presentes esses dois planos. Sendo de ordem micropolítica, ele é uma ação coletiva que se atualiza no cotidiano dos encontros que acontecem nos serviços de saúde (MATURANA, 2008).

Nesse sentido, os processos de produção de saúde dizem respeito a um trabalho coletivo e cooperativo – o que, na leitura de Maturana (2008), é de acordo com nosso modo de vida primitivo, o fundamento da humanidade. Tal trabalho se dá a partir de uma rede de conversações, na qual é preciso lidar com as assimetrias de saber e de poder, com as diferenças em relação aos domínios cognitivos e das realidades

emergentes. Assim, favorece-se o questionamento, a reflexão sobre querer as consequências das ações ou não, a prática de corresponsabilidade das pessoas implicadas. A pergunta de Maturana (2008):

Mudamos para conservar o quê? Permite pensar o acolhimento com uma mudança que visa conservar a potência do coletivo. Trata-se de incentivar a construção de redes de autonomia e compartilhamento, em que a experimentação advinda da complexidade dos encontros possibilita a reinvenção de si e do outro. Dessa forma, demonstra-se a indissociabilidade entre produção de saúde e produção de subjetividade.

4.2 Dispositivos e diretrizes

O acolhimento pode ser abordado tanto como dispositivo como quanto diretriz. Como dispositivo, ele é um arranjo concreto, que, ao qualificar as complexas relações entre profissionais e usuários, é potente para fazer de cada encontro um cuidado em ato. Entendemos dispositivo como aquilo que faz funcionar uma macropolítica, como uma tecnologia da ação. Nesse sentido é que pensamos o acolhimento como dispositivo, ou seja, como uma micropolítica que faz operar macropolíticas. E tomamos também a conversa como um dispositivo, dispositivo de ação que faz funcionar o acolhimento (PASCHE, 2008).

Já como diretriz, trata-se de uma produção coletiva e ao mesmo tempo uma produção do coletivo. A diretriz do acolhimento possui um importante aspecto ético, designando um *ethos*, uma atitude. Então, o acolhimento como diretriz se atualiza em dispositivos, mas estes só serão efetivos se encarnarem um certo *ethos* - anunciado na obra de Maturana (2008) como o reconhecimento do outro como legítimo outro.

A questão ética é uma constante para os autores que utilizamos aqui para pensar o acolhimento. Pasche (2008) o define como atitude de abertura à recepção de necessidades de saúde que se expressam na forma de demandas para os serviços e profissionais da saúde. Para o autor, acolher implica na construção de respostas satisfatórias às necessidades independente da lógica da organização dos serviços, que devem ter o acolhimento como diretriz norteadora de sua forma de funcionamento.

Para Merhy (2002), o acolhimento opera nos espaços intercessores, pois tem um grande poder de gerar ruídos por expor mais claramente a razão ético-política, e não só instrumental que opera no seu interior. Teixeira (2003) fala do acolhimento como uma técnica de conversa fundada em certas disposições ético-cognitivas.

Ainda como dispositivo, entendemos o acolhimento como uma espécie de “mola-mestra” da lógica tecno assistencial, indispensável para o bom desempenho de um serviço de saúde. Essa perspectiva será abordada, inspirando-se em Teixeira (2003), que toma a conversa alargando sua função essencialmente “comunicacional”, para entendê-la como principal operador das atividades de um serviço de saúde.

Assim, o acolhimento é uma técnica que articula população, equipe e outros serviços da rede - e poderíamos já incluir também o pesquisador. O autor define a dimensão pragmática do encontro, as ações possíveis e as significações. Seguindo o pensamento de Maturana (1997), é um espaço conversacional no qual são determinados os domínios de ação (as emoções) possíveis, assim como as demandas que passam despercebidas a olhos e ouvidos “embrutecidos”. Além disso, é um acoplamento co-ontogênico dado a partir de interações plásticas entre usuário e profissional, onde se coordenam as ações formando um domínio de trajetórias de estado entrelaçado.

Teixeira (2003) observa que as soluções práticas que se tem encontrado para a questão do acolhimento na atenção primária tendem a concebê-la como uma atividade particularizada. Simplesmente são combinados alguns dispositivos organizacionais tradicionais dos serviços de saúde (recepção, triagem, acesso). Em muitos casos, tende a sofrer uma série de deslocamentos (acesso, porta de entrada, pronto-atendimento), que vão até o limite de esvaziar o acolhimento de significado próprio, sendo apenas um novo nome para uma “velha” atividade. Nossa pesquisa permite afirmar uma tensão entre práticas de acolhimento como triagem e práticas de acolhimento dentro das acepções da política.

No serviço estudado são frequentes questões em torno de quem acolhe, em que lugar e em qual horário. Nesses momentos, podemos pensar que se concebe o acolhimento como triagem, que se está restringindo o conceito ao problema da recepção da “demanda espontânea”, a uma condição particular de encontro que é aquele que se dá na recepção. No entanto, observamos também que o acolhimento na porta de entrada ganha sentido quando é entendido como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde (MATTOS, 2006).

Uma postura acolhedora não pressupõe hora, local ou profissional específico para ser efetivada. Ela tem a ver com abertura à diversidade cultural, racial e étnica, e com um vínculo com o sujeito e não com a doença. Também diz respeito à identificação de riscos e vulnerabilidades dos usuários, ao cardápio de ofertas do serviço e ao encaminhamento responsável e resolutivo (TEIXEIRA, 2003).

Essa postura é de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário que inclua sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos. Trata-se, fundamentalmente, de construção coletiva de propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais. Não é uma habilidade espontânea, mas configurada no coletivo, um histórico de congruências operacionais entre os operadores de saúde (MATTOS, 2006).

5 CONCLUSÃO

Do que foi até então exposto, percebemos a importância dos trabalhadores na humanização do acolhimento. Estarão os trabalhadores da saúde em condições de garantir um atendimento humanizado, tendo em vista que, quase sempre, são submetidos a processos de trabalhos mecanizados que os limitam na possibilidade de se transformarem em pessoas mais críticas e sensíveis, bem como se encontram fragilizados no conviver contínuo com a dor, o sofrimento, a morte e a miséria?

Este estudo mostra a necessidade de investir no trabalhador para a construção de uma assistência humana, considerando, inclusive, as condições adversas de trabalho apontadas como fatores "desumanizantes", tais como baixos salários, número insuficiente de pessoal, sobrecarga de atividades, jornada dupla/tripla de trabalho.

Os conhecimentos sobre a natureza humana e o desenvolvimento de atitudes de valorização do homem são fundamentais para a humanização, sendo prioritário que os currículos incluam conteúdos relativos aos aspectos psicológicos, sociológicos e antropológicos na área da saúde.

Humanizar a relação com o doente realmente exige que o trabalhador valorize a afetividade e a sensibilidade como elementos necessários ao cuidar. Porém, tal relação supõe o encontro entre sujeitos que compartilham saberes, poder e experiências vividas, implicando em transformações políticas, administrativas e subjetivas, sem esquecer dos recursos materiais e do ambiente que devem favorecer este processo.

É importante ressaltar que os profissionais de saúde, dentre estes o enfermeiro devem aprender a exercitar atenção o significado da palavra "acolher", de forma que passe a significar uma ação de cuidado em saúde, para as questões socioeconômicas que afetam a família e a comunidade, para as interações humanas sabendo incorporar a lógica da determinação social da saúde e da doença.

REFERÊNCIAS

- ACEA – Associação Cearense dos Enfermeiros Auditores. **Papel do Enfermeiro. Jornal Imprensa Sindical**, maio de 2007. Disponível em: < <http://www.socea.com.br/noticia1.asp> >.
- ALVES, Marília; ARAÚJO, Meiriele Tavares; SANTANA, Daniela Moreira; VIEIRA, Denise Loureiro. **Trabalho do enfermeiro em uma empresa de Home Care de Belo Horizonte, Brasil. Invest. educ. Enferm**, Medellín v.25, n.2, jul./dez., 2007.
- ARAUJO, A.K.; TANAKA, O.Y. **Avaliação do processo de acolhimento em Saúde Mental na região centro-oeste do município de São Paulo: a relação entre CAPS E UBS em análise. Rev Interface**, v.16, n. 43, p 917-28 2012.
- BALLARIN, M.L.G.S et al. **Centro de atenção psicossocial: convergência entre saúde mental e coletiva. Rev Psicologia em Estudo**, v.16, n 4, p.603-11, 2011.
- BACKES, D.S.; LUNARDI FILHO, W.D. LUNARDI, V.L. **Processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2006.
- BACKES, D.S.; LUNARDI, V.L; LUNARDI FILHO, W.D. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.14, n.1, p. 132-5, janeiro-fevereiro, 2006.
- BARROS, R. B.; PASSOS, E. **A Humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.
- BECK, Carmen Lúcia Colomé; GONZÁLES, Rosa Maria Bracini; DENARDIN, Janee Maria; TRINDADE, Letícia de Lima; LAUTERT, Liana. **A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, 16, n.3, jul./set., 2007.
- BEDIN, Eliana; RIBEIRO, Luciana Barcelos Miranda; BARRETO, Regiane Ap. Santos Soares Barreto - Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, 2004.
- BERNARDES, Anita Guazzalli; GUARESCHI, Neuza. Estratégias de produção de si e a humanização no SUS. **Psicol. cienc. prof.** Brasília, v.27n.3, set.2007.
- BENEVIDES, D.S. et al. **Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. Rev Interface**, v.14, n.32, p.127-138, 2010.
- BORTOLUZZI, N. T. **Do que Humberto Maturana tem a ver com a Psicologia e algumas reflexões. Monografia de conclusão de curso. Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria**, 2006.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 28 dez. 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/L8142.htm>>

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional n. 20, de 15-12-1998. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de Referência para Conselheiros Municipais.** Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco:** um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS:** Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** 2ª ed Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH).** Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental. Cuidar sim, excluir não. **Informe Saúde**, v.5, n.107, p.1-2, 2001.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde pública e saúde coletiva:** campo e núcleo de saberes e práticas. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000.

CAMPOS, C.M.S; BARROS, S. **Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.34, n.3, p.271-6, 2000.

CHAMMA, R. de C.; FORSELLA, H. T. **O cidadão com distúrbio psíquico: reflexões sobre os direitos humanos e os direitos do paciente.** São Paulo, Escola de Enfermagem da USP, 1999.

CIAMPONE MHT, PEDUZZI M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Enfermagem**, v.53, n.especial, p. 143-147, dez.2000.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos profissionais de Enfermagem**. Resolução nº 311/2007. Rio de Janeiro, 2007.

COIMBRA, V, C, C. **O Acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial**. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

COIMBRA, C.; NASCIMENTO, M, L. **Sobreimplicação: práticas de esvaziamento político?** In Nascimento, M, L.; Arantes, E.; Fonseca, T, G. (Org.). *Práticas psi: inventando a vida*, p. 27-36) Niterói: EDUFF, 2007.

COSTA, José Raimundo Evangelista da; ANJOS, Márcio Fabri dos; ZAHER, Vera Lúcia. **Para compreender a doença mental numa perspectiva de bioética**. Revista BioEthikos, Centro Universitário São Camilo, v.1, n.2, p. 103-110, 2007.

DELGADO, P. G. G. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil** . In: MELLO, MELLO & KOHN (Orgs). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil* Porto Alegre: Artmed, 2007.

DESLANDES, S. F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar**. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva v. 9, n.1, p. 7-14, 2004.

FEIJÓ, Gabriela. **A psicologia e o processo de humanização no hospital diante da relação enfermeiro-paciente**. Palhoça: Universidade do Sul de Santa Catarina, 2006 (Monografia de Graduação em Psicologia).

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GUEDES JÚNIOR, Roberto; GUIMARÃES, Sueni Gomes. **O Tripé da Assistência de PSF: Equipe, Família e Comunidade**. Rev. Meio Amb. Saúde, v.1, n.1, p. 181-194, 2007.

LUNARDI, V. L.; LUNARDI, W. D. FILHO; SILVEIRA, R. S.; SOARES, N. V.; LIPINSKI, J. M.; **O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde**. Rev. Latino-am Enfermagem, v.12, n.6, p. 933-9, nov-dez., 2004.

MATURANA, H. **A Ontologia da Realidade** . Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.
_____. **Da Biologia à Psicologia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

MOTTA, Juliana Meireles. **Instituto Raul Soares: o hospital psiquiátrico na Reforma**. Belo Horizonte: Faculdade de Psicologia/UFMG, Dezembro de 2006.

MURTA, Genilda Ferreira (Org.). **Saberes e práticas**. Guia para ensino e aprendizagem em enfermagem. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2007. v. 2, p. 288-299.

PASCHE, D. F. **Princípios do SUS e a Humanização das práticas de saúde. Seminário A Humanização do SUS em debate**. Vitória, 30 de maio de 2008.

SILVA, Edvânia Cajazeira da. **A política de saúde mental no Brasil: ontem e hoje, alternativas e possibilidades.** Pão de Açúcar/AL, Novembro/2007.

SILVA, Zeli Maria Cláudio da. **O papel terapêutico da enfermagem em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).** Faculdade Marechal Rondon, 2006. Disponível em: <<http://www.fmr.edu.br/monografia/2006/O%20papel%20terap%EAutico%20da%20enfermagem%20em%20um%20Centro%20de%20Aten%E7%E3o%20Psicossocial.pdf>>.

SIMÕES, Ana Lúcia de Assis; RODRIGUES, Fernanda Resende; TAVARES, Darlene Mara dos Santos; RODRIGUES, Leiner Resende. **Humanização na saúde: enfoque na atenção primária.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v.16, n.3, p. 439-44, jul-set., 2007.

TEIXEIRA, R. **Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a transformação do sujeito na saúde.** Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, v.6, n.1, p.49-61, 2001. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.).